

Collège privé spécialisé Samuel Vincent

Date accueil famille :

NOM :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Etablissement et niveau précédents :

Si l'élève est en PPS, nom de l'enseignant référent :

1) Difficultés, troubles de l'enfant :

2) Noms des médecins, services de soins (hôpital, SESSAD, CMPI, CMPEA ...), rééducateurs en libéral qui assurent le suivi de l'enfant :

3) Types de prises en charge médicales (rééducations, soins, hospitalisations etc.) :
